

KRZYSZTOF BRZEZIŃSKI¹, LECH PANASIUK², MARIA NOWINSKA³
ANDRZEJ STANISŁAWEK⁴

ANALIZA DOLEGLIWOŚCI BÓLOWYCH I DANYCH
DEMOGRAFICZNYCH PACJENTÓW PORADNI LECZENIA BÓLU

*ANALYSIS OF DEMOGRAPHIC AND SOCIAL DATA CONCERNING PATIENTS
OF THE OUTPATIENT DEPARTMENT FOR CHRONIC PAIN TREATMENT*

*ОБЩЕСТВЕННО - ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДАННЫХ ПАЦИЕНТОВ
КОНСУЛЬТАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛИ*

*СУСПІЛЬНО - ДЕМОГРАФІЧНИЙ АНАЛІЗ ДАНИХ ПАЦІЄНТІВ
КОНСУЛЬТАЦІЇ ЛІКУВАННЯ БОЛЮ*

¹ Z Poradni Leczenia Bólu Instytutu Medycyny Wsi w Lublinie

² Z Zespołu Poradni Specjalistycznych. Instytutu Medycyny Wsi w Lublinie

³ Z Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

⁴ Z Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lublinie

SŁOWA KLUCZOWE: epidemiologia, ból przewlekły, lekarz rodzinny, poradnia leczenia bólu.

KEY WORDS: *epidemiology, chronic pain, family physician, outpatient department for chronic pain treatment.*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: *эпидемиология, хроническая боль, семейный врач, консультация лечения боли.*

КЛЮЧОВІ СЛОВА: *епідеміологія, хронічний біль, сімейний лікар, консультація лікування болю.*

Ból przewlekły to zjawisko, które może towarzyszyć wielu chorobom. W przypadkach, kiedy ból jest jedynie objawem choroby, po jej wyleczeniu jedną z oznak wyzdrowienia jest ustąpienie dolegliwości bólowych. Niekiedy nie można zastosować leczenia przyczynowego, lub nie jest ono skuteczne, wówczas nie można opanować choroby, a ból traktowany dotąd jako objaw, staje się choroba samą w sobie. Taka sytuacja kreuje powstanie bólu przewlekłego. Wymaga on również leczenia, choć nieco innego niż w przypadku dolegliwości o charakterze ostrym. Do leczenia takich przypadków zostały powołane poradnie leczenia bólu.

Epidemiologia bólu przewlekłego jest zagadnieniem niezbyt dobrze poznanym ze względu na różnorodność podejścia do tego problemu. Najczęściej w pracach dotyczących oceny nasilenia tego zjawiska w badanych populacjach zwracano uwagę na jeden, określony rodzaj choroby [1, 2, 3, 4] lub skupiano się na konkretnym sposobie terapii [5, 6]. Do nielicznych należą prace poruszające temat całościowo i porównujące stan leczenia bólu w ośrodkach specjalistycznych i praktykach lekarza rodzinnego [7]. Wnioski wysuwane na podstawie dostępnej

literatury dotyczą raczej poszczególnych problemów, nie zaś całościowego spojrzenia na to złożone zagadnienie. Rozpowszechnienie zjawiska bólu przewlekłego jest na tyle duże, że zaczyna stanowić on jeden z ważnych aspektów zdrowotnych społeczeństwa, wymagających kompleksowego podejścia opartego na współpracy lekarza rodzinnego i różnych specjalistów, między innymi poradni leczenia bólu.

Najbardziej wartościowe są badania kohortowe, przeprowadzane na dużych grupach chorych za pomocą ankiet telefonicznych [8, 9, 10]. Niosą one ze sobą jednak małą dokładność oceny rozpoznania klinicznego, gdyż opierają się jedynie na subiektywnych odczuciach pacjenta. Dają natomiast informacje na temat rozpowszechnienia zjawiska bólu przewlekłego w różnych krajach.

Wielowymiarowość i subiektywność odczuć związanych z różnymi zespołami bólu przewlekłego stawia przed badaczem dość trudne zadanie, bowiem olbrzymie znaczenie w ocenianiu natężenia i charakteru bólu przez pacjenta mają również czynniki psychologiczne, kulturowe i psychospołeczne [10, 11, 12, 13, 14, 15, 16]. Ból przewlekły jest ciągle traktowany jako objaw, a nie choroba sama w sobie, więc automatycznie problemem tym zajmują się lekarze w celu specjalności medycznych i niekiedy niechętnie kierują oni chorych do placówek specjalistycznych. W takiej sytuacji trudno jest dobrać reprezentatywną grupę pacjentów która zobrazowałaby wagę problemu bólu przewlekłego w określonym rejonie. Niniejsza praca jest jednym z elementów całościowej oceny problemów zdrowotnych społeczeństwa zamieszkującego na terenie województwa lubelskiego, z drugiej strony ma zwrócić uwagę na te najbardziej istotne.

CEL PRACY

Celem pracy była analiza demograficzna i kliniczna danych dotyczących pacjentów Poradni Leczenia Bólu Instytutu Medycyny Wsi w Lublinie, zakwalifikowanych w 2003 r. Analizowano więc nie tylko przyczyny bólu, obecność komponentu neuropatycznego, a także płeć, wiek i miejsce zamieszkania chorych.

MATERIAŁ I METODA

Przedmiotem analizy była dokumentacja medyczna zgromadzona w okresie od stycznia do grudnia 2003 w Poradni Leczenia Bólu Instytutu Medycyny Wsi w Lublinie. Wszyscy pacjenci byli uprzednio leczeni przez lekarzy rodzinnych, jak również lekarzy innych specjalności i następnie kierowani do tej poradni, która może przyjmować pacjentów tylko ze skierowaniem od innego lekarza. Podstawę podziału pacjentów na grupy główne stanowiło rozpoznanie ostateczne stawiane w oparciu o dane z wywiadu, badanie fizykalne i przeprowadzone badania dodatkowe. Badaną populację podzielono pod względem choroby zasadniczej na 13 grup głównych. Dane demograficzne zestawiono w tabeli I. Rozpoznania kliniczne opatrzone również kodami zawartymi w Klasyfikacji Chorób ICD 10.

Tabela I. Liczebność grup pacjentów.
Table I. Abundance of the groups of patients.
Таблица I. Численность групп пациентов.
Таблиця I. Чисельність груп пацієнтів.

Rozpoznanie	Liczebność	%	Średnia wieku	SD
Choroby kręgosłupa	114	53,5	60,3	13,6
Bóle głowy	26	12,2	52,0	14,7
Choroby nowotworowe	17	8,0	57,8	14,3
Neuralgia popółpaścowa	12	5,6	73,4	10,4
Neuralgia trójdzielna	8	3,8	66,4	14,6
Choroby stawów biodrowych	7	3,3	74,2	7,5
Choroby stawów kolanowych	7	3,3	65,6	9,3
Reumatoidalne zapalenia stawów	6	2,8	54,3	23,9
Zespół bólu ośrodkowego	4	1,9	57,5	7,2
Polineuropatie	4	1,9	67,3	13,4
Przetrwały ból pooperacyjny	4	1,9	56,8	9,3
Ból fantomowy	2	0,9	70,5	1,5
Stwardnienie rozsiane	1	0,5	50,0	0,0
Syringomielia	1	0,5	65,0	0,0
Razem	213	100	60,5	14,6

W przypadku pacjentów z różnymi schorzeniami kręgosłupa, nie brano pod uwagę bezpośredniej przyczyny, to znaczy zmian zwyrodnieniowych (M 47), przewlekłej dyskopatii (M 51), bólu przetrwałego po operacji kręgosłupa (Y 83), czy osteoporozy (M 42), lecz wszystkich zakwalifikowano do zbiorczej grupy „chorób kręgosłupa”. Podobnie stworzono grupę „bólów głowy” bez dodatkowego podziału na bóle migrenowe (G 43), napięciowe (G 44.2), naczyniowe (G 44.1) klastrowe (G 44.0). Chorych leczonych z powodu zespołów bólowych występujących w przebiegu chorób nowotworowych dzielono pod względem rodzaju bólu a nie rozpoznania patomorfologicznego, czy też miejsca powstania nowotworu.

Grupy „chorób i dolegliwości badanych ze strony kręgosłupa”, „bólów głowy”, „chorób nowotworowych” i „neuralgii popółpaścowej” (G 63) miały liczebność wystarczająco dużą, aby dokonywać oceny statystycznej.

W przypadku neuralgii trójdzielnej (G 50), choroby zwyrodnieniowej stawów biodrowych (M 16), choroby zwyrodnieniowej stawów kolanowych (M 17), reumatoidalnego zapalenia stawów (M 06), zespołów bólu ośrodkowego (G81/R52), polineuropatii (G 64), przetrwałego bólu pooperacyjnego (Y 83), bólu fantomowego (G54.6), stwardnienia rozsianego (G 35) i syringomielii (G 95.0) mała liczebność (poniżej 10 przypadków) pozwalała jedynie na ich ograniczoną ocenę.

Grupy jednorodne pod względem rozpoznania dzielono następnie po względem wieku, miejsca zamieszkania i płci. Patomechanizm bólu różnicowano w grupie schorzeń kręgosłupa, i chorób nowotworowych, dzieląc je na ból receptorowy i mieszany receptorowo-niereceptorowy. Wiek oceniano w każdej z opisanych grup i przedstawiono w postaci średniej i odchylenia standardowego. Liczebność grup głównych przedstawiono w liczbach bezwzględnych i odsetkowych w stosunku do liczebności całkowitej badanej populacji, zaś w podgrupach w liczbach bezwzględnych i odsetkach odniesionych do liczebności grupy. Do określenia różnic wieku chorych zastosowano analizę wariancji, zaś dla zbadania różnic liczebności testu χ^2 , za istotne statystycznie przyjęto $p < 0,05$.

WYNIKI

Do badania zakwalifikowano dokumentację 213 osób (152 kobiet – 71,36% i 61 mężczyzn – 28,64%) w średnim wieku 60,5 (najmłodszy 17 – najstarszy 92 lata). 42% pacjentów było w wieku powyżej 65 roku życia, a więc po zakończeniu aktywności zawodowej. Po wykonaniu testu analizy wariancji wieku czterech analizowanych grup stwierdzono różnice na poziomie istotności $p = 0,0002$, zaś dalsza analiza metodą najmniejszych istotnych różnic wykazała, że istotne różnice występowały między grupami „chorób kręgosłupa”, „bólów głowy” i „neuralgii popółpaścowej”.

Mieszkańcy miast stanowili 76,5% ($n = 163$), zaś mieszkający na wsi 23,5% ($n = 50$). Nie znaleziono statystycznie istotnych zależności między miejscem zamieszkania i płcią opisywanych pacjentów ($\chi^2 = 0,69$ $p = 0,4069$).

Najliczniejszą okazała się grupa pacjentów leczonych z powodu bólu mającego przyczynę w różnych chorobach kręgosłupa (53,5%; $n = 114$). Podobnie jak w pozostałych grupach stwierdzono tu znaczną przewagę kobiet 72,8% ($n = 83$) wszystkich leczonych z tego powodu chorych. Zróznicowanie wiekowe pacjentów ze schorzeniami kręgosłupa było większe niż w przypadku pozostałych grup i wahało się od 17 do 92 lat, przy czym najmłodszy pacjent płci męskiej miał 17 lat, zaś płci żeńskiej 34 lata. Zanotowano również niewielkie różnice średniego wieku w grupie kobiet (61,6) i mężczyzn (57,9), które jednak nie nosiły cech istotności statystycznej ($p = 0,051$). Znacznie większa liczba chorych pochodziła z miasta (74,6%) niż ze wsi (25,4%), podobne różnice widoczne były wśród wszystkich obserwowanych pacjentów. Występowanie mieszanego bólu receptorowo-niereceptorowego stwierdzono u 14%, zaś pozostali chorzy wykazywali jedynie cechy bólu receptorowego bez komponentu neuropatycznego. Dane zestawiono w tabeli II.

Tabela II. Zestawienie danych dotyczących pacjentów ze schorzeniami kręgosłupa.

Table I. *Compilation of data concerning patients with spine diseases.*

Таблица II. *Сопоставление данных касающихся пациентов с болезнями позвоночника.*

Таблиця II. *Зіставлення даних пацієнтів з хворобами хребта.*

	Liczebność	%	Średnia wieku	SD	Wiek min.	Wiek maks.
Kobiety	83	75,8	61,6	12,5	34	92
Mężczyźni	31	24,2	57,9	16,7	17	92
Razem	114	100	60,3	13,6	17	92

Drugą pod względem liczebności (12,5%) była grupa pacjentów z bólami głowy, której dane demograficzne tych chorych zawiera tabela III. Zróżnicowanie pod względem płci było podobne jak w przypadku bólów kręgosłupa, gdyż kobiety stanowiły 73,1 % zaś mężczyźni (26,9%). Średni wiek pacjentów różnił się znacznie i wynosił dla kobiet 47,1 a dla mężczyzn 64,7. Różnica ta miała cechy istotności statystycznej $p < 0,05$. Mieszkańcy miast stanowili 80,8%, ze wsi pochodziło 19,2% pacjentów i dysproporcja miejsca zamieszkania była największa za wszystkich analizowanych grup.

Tabela III. Zestawienie danych dotyczących pacjentów z bólami głowy.

Table III. *Compilation of data concerning patients with headache.*

Таблица III. *Сопоставление данных касающихся пациентов с болями головы.*

Таблиця III. *Зіставлення даних пацієнтів з болями голови.*

	Liczebność	%	Średnia wieku	SD	Wiek min.	Wiek maks.
Kobiety	19	73,1	47,3	14,0	22	74
Mężczyźni	7	26,9	64,7	6,7	57	76
Razem	26	100	52	14,7	22	76

Choroby nowotworowe był przyczyną skierowania do poradni leczenia bólu 17 pacjentów (8% ogółu badanych) w średnim wieku 57,8. Różnice wiekowe pomiędzy kobietami i mężczyznami była znaczna, choć nie były istotne statystycznie ($p = 0,485$), gdyż średni wiek wynosił odpowiednio 56,4 i 61,2 lat, także zróżnicowanie grup było większe, bowiem najmłodsza pacjentka miała lat 17, a mężczyzna 44 lata (Tab. IV.). Nie zanotowano różnic w strukturze zamieszkania w porównaniu z danymi zbiorczymi, jak również wynikami analizy innych grup. Pacjenci leczeni z powodu bólu przewlekłego w przebiegu choroby nowotworowej wykazywali największy odsetek bólu z komponentem niereceptorowym, bo 58,8%.

Tabela IV. Zestawienie danych dotyczących pacjentów z bólem w przebiegu choroby nowotworowej.

Table IV. Compilation of data concerning patients with pain in the course of cancerous disease.

Таблица IV. Сопоставление данных касающихся пациентов с болью в течении онкологической болезни.

Таблиця IV. Зіставлення даних пацієнтів з болем в перебігу онкологічної хвороби.

	Liczebność	%	Średnia wieku	SD	Wiek min.	Wiek maks.
Kobiety	12	70,5	56,4	15,7	17	77
Mężczyźni	5	29,5	61,2	9,3	57	76
Razem	17	100	57,8	14,3	17	77

Ostatnią grupą, jaką poddano analizie statystycznej byli chorzy z przetrwałym bólem po infekcji płuca (Tab. V.). Zanotowano 12 takich przypadków, a średni wiek wynosił 73,4 lat i różnił się w sposób istotny od średniej wieku wszystkich chorych ($p < 0,05$). Podział opisywanych pacjentów pod względem miejsca zamieszkania nie odbiegał od danych dotyczących całej populacji.

Tabela V. Zestawienie danych dotyczących pacjentów z bólem w przebiegu neuralgii popółpaścowej.

Table V. Compilation of data concerning patients with pain in the course of zoster neuralgia.

Таблица V. Сопоставление данных касающихся пациентов с невралгической болью.

Таблиця V. Зіставлення даних пацієнтів з невралгічним болем.

	Liczebność	%	Średnia wieku	SD	Wiek min.	Wiek maks.
Kobiety	6	50	74,7	7,6	63	86
Mężczyźni	6	50	72,2	12,5	45	80
Razem	12	100	73,4	10,4	45	86

DYSKUSJA

W 2003 r. liczba ludności województwa lubelskiego wynosiła 2191,2 tys. osób, z czego jedynie 46,7% stanowiła ludność miejska. W chwili obecnej, kiedy dojazd w obręb miasta przestał być problemem, zaś rozwój praktyk lekarza rodzinnego znacznie ułatwił pacjentom dostęp do lekarza, niezmiernie rzadko zdarzają się przypadki chorych, którzy zupełnie nie byli leczeni. Dostęp do poradni specjalistycznych nie stanowi również dla ludności miejskiej problemu nie do rozwiązania, zaś w przypadku chorych zamieszkujących stale na wsi bardzo częste wydaje się korzystanie jedynie z porad lekarza rodzinnego.

Przyczyny należy szukać w trudnościach z dojazdem, sytuacji socjoekonomicznej, która nie pozwala niekiedy na wyasygnowanie dodatkowych

środków na leczenie, a w odosobnionych przypadkach w niechęci lekarzy do kierowania na konsultacje. Pogląd ten autorzy oparli na przedstawianych w niniejszej pracy danych, bowiem 76,5% leczonych w naszej poradni pochodziło z terenu miasta, a jedynie 50 osób (23,5%) zamieszkiwało wieś. Rozkład tej zmiennej był podobny we wszystkich grupach głównych, ale największe dysproporcje obserwowano w grupie bólów głowy, gdzie 80,8% wszystkich chorych pochodziło z miasta.

Przedstawione obserwacje skłaniają do wniosku, że dostępność specjalistycznych porad lekarskich jest dla mieszkańców wsi znacznie mniejsza, zaś wprowadzane od kilku lat zmiany w zasadach funkcjonowania służby zdrowia nie przynoszą na razie pożądanego efektu. Polska niestety nie jest jedynym krajem borykającym się z tym problemem, bowiem nawet w wysoko rozwiniętych społeczeństwach zaobserwowano, że ludność wiejska rzadziej zgłasza się do lekarzy z powodu trudniejszego dostępu, ale również gorszych warunków socjoekonomicznych [9, 12, 13, 15, 19, 20]. Nie można oprzeć się wrażeniu, że lekarze rodzinni ze środowisk wiejskich mają znacznie trudniejszą sytuację, bowiem znaczna część chorych pozostających pod ich opieką, prawdopodobnie nie skorzysta z porady w placówkach specjalistycznych. Byłoby, więc pożądane zwrócenie szczególnej uwagi na wszechstronne szkolenie tych kolegów, którzy ze względów organizacyjnych, zmuszeni są do leczenia pacjentów bez możliwości pomocy ze strony specjalistów.

Analizowany zbiór chorych charakteryzował się niemal jednolitą strukturą wiekową, związane jest to z wydłużaniem się średniego wieku przeżywalności w społeczeństwach zachodnich i dostępnością świadczeń medycznych. Podobne obserwacje przedstawione są w licznych pracach podejmujących zarówno tematykę epidemiologii bólu [1, 2, 11], jak również klasyfikacji wiekowej pacjentów leczonych z powodu różnych chorób [3, 14].

Grupą różniącą się w sposób znaczący pod względem wieku byli pacjenci leczeni z powodu neuralgii popółpaścowej. Obserwowane wyniki pozostają w zgodzie z danymi z literatury [17, 18], bowiem niejednokrotnie podnosi się fakt, że częstość występowania tego zespołu zwiększa się po 65 roku życia, co związane jest ze zmniejszeniem skuteczności układu odpornościowego w tym wieku.

Zespoły bólowe związane ze schorzeniami kręgosłupa winny być traktowane jako ważny problem społeczny, bowiem są najczęstszą przyczyną wizyt u lekarzy, nieobecności w pracy [21], a także występowania o rentę. Lekarz decydujący się na farmakoterapię jako jedyne postępowanie terapeutyczne zmuszony jest do stosowania, częściej niż w innych przypadkach, przewlekłe leków z różnych grup. Najczęściej są to niesterydowe leki przeciwzapalne (NLPZ), będące drugim po antybiotykach najszerzej stosowanym sposobem leczenia, ale także słabe opioidy, a w wybranych przypadkach również leki z trzeciego szczebla drabiny analgetycznej [4, 22, 23].

Nie można w tym miejscu nie wspomnieć o istotnym aspekcie tego typu chorób polegającym na bardzo częstym nadużywaniu NLPZ, przyjmowanych bez wiedzy i zgody lekarza, przez pacjentów nie dość dokładnie informowanych przez farmaceutów, a także zachęconych reklamami telewizyjnymi, ogólnym

i przeświadczeniem o ich niskiej toksyczności lub radami znajomych „mających doświadczenie” w leczeniu bólu [24]. Niepokojący jest fakt, że w grupie pacjentów ze schorzeniami kręgosłupa zanotowano kilka przypadków ludzi bardzo młodych wymagających już leczenia, co świadczy o pogarszającym się stanie zdrowia naszego społeczeństwa. Stanowi to dowód potwierdzający tezę, że najlepszym sposobem pomocy w takich sytuacjach jest stosowanie leczenia kompleksowego, polegającego na holistycznym podejściu do zjawiska chorób kręgosłupa i wdrożeniu oprócz farmakoterapii także leczenia rehabilitacyjnego w postaci zabiegów fizykoterapeutycznych, ćwiczeń, leczenia sanatoryjnego, akupunktury, czy blokad nerwów obwodowych.

Pacjenci wymagają w większości również leczenia usprawniającego, ale w takich przypadkach konieczne jest skierowanie ich do poradni neurologicznej lub rehabilitacyjnej, co znacznie wydłuża okres oczekiwania na efektywne leczenie. W przypadku niezbyt licznej grupy pacjentów, stanowiących 16% wszystkich leczonych z powodu schorzeń kręgosłupa rozpoznano ból mieszany receptorowy z komponentem neuropatycznym stanowiący zespół bólowy niejednokrotnie trudny do leczenia z powodu różnorodności objawów a co za tym idzie trudności diagnostycznych i terapeutycznych. Tacy pacjenci wymagają szczególnego podejścia, niejednokrotnie stosowania leków przeciwpadaczkowych lub przeciwdepresyjnych lub innych zabiegów, powinni więc być leczeni w poradniach specjalistycznych.

Na terenie województwa lubelskiego nie funkcjonuje żadne centrum medyczne, które zapewniłoby całościową opiekę nad takim pacjentem w postaci leczenia farmakologicznego, fizykalnego i psychologicznego. Próby prowadzenia kompleksowego leczenia opierają się obecnie na współpracy z zakładami rehabilitacji i poradniami psychologicznymi. Stworzenie takiego ośrodka pożądanego byłoby między innymi z tego względu, że wyniki leczenia byłyby na pewno lepsze, na co wskazują dane również z dostępnej literatury [7, 14, 19, 21]. Zapewne większa liczba pacjentów w wieku produkcyjnym szybciej powróciłaby do pracy, zaś osoby w wieku podeszłym, u których bardzo często schorzeniem współistniejącym jest depresja, miałyby również szansę na właściwe leczenie [25, 26].

Dane na temat dość dużej liczby pacjentów (n=26; 12,5%) leczonych w omawianym okresie z powodu bólów głowy różnią się od danych z piśmiennictwa, bowiem *Kocot* i *Dobrogowski* ocenili częstość występowania migreny na 8% w Polsce i 7% w Europie [2], zaś *Allcock*, *McGarry* i *Elkan* przeprowadzając badania na grupie pacjentów w starszym wieku leczonych w domu stwierdzili bóle głowy u 17% chorych z bólem nienowotworowym i u 10% w przebiegu choroby nowotworowej [27]. Bardzo dokładna analiza przeprowadzona przez *Stępnia*, *Prusińskiego* i *Suwałową* [3] dotyczy wprawdzie jedynie migrenowych bólów głowy, ale potwierdza w większej mierze obserwacje autorów niniejszej pracy, co do średniego wieku i płci pacjentów. Struktura zamieszkania natomiast była różna bowiem w omawianej pracy stwierdzono, że ludność wiejska stanowiła 38%, zaś w naszym badaniu jedynie 20%. Różnice te można tłumaczyć tym, że w niniejszej pracy analizowano przypadki pacjentów,

którzy zgłosili się osobiście do lekarza po uprzednim otrzymaniu skierowania, zaś analiza *Stępnia* oparta była na ankiecie telefonicznej.

Stwarzając grupę zbiorczą „bólów głowy” zdawaliśmy sobie sprawę z trudności porównania naszych obserwacji z danymi z literatury, ale chcieliśmy zwrócić uwagę na poważny problem dotyczący głównie kobiet (73,1%) w młodym wieku (średnia 47,3 lat), które zmuszone są do częstego korzystania z pomocy lekarzy różnych specjalności, nierzadko nie uzyskując satysfakcjonującej poprawy.

Średni wiek pacjentów z rozpoznaną chorobą nowotworową (57,82) nie różnił się w sposób istotny od średniej wszystkich chorych ($p = 0,425$), natomiast zaobserwowano dość znaczną, choć nieistotną statystycznie ($p = 0,247$) różnicę między kobietami i mężczyznami, gdyż wynosił on odpowiednio 56,42 i 61,2 lat.

Przeważającą większość omawianej grupy (76,47%) stanowili mieszkańcy miast, co może być jeszcze jednym dowodem na to, że ludność wiejska rzadziej dociera do poradni specjalistycznych. Jest to tym bardziej niepokojące, że ogólnie przyjmuje się, że 70 do 80% chorych na różnych etapach choroby nowotworowej, wymaga skutecznego leczenia bólu [28]. W chwili obecnej, mimo że wiedza na ten temat nie jest szeroko rozpowszechniona [29], lekarze, a także pacjenci znacznie rzadziej zdradzają oznaki „opiodofobii”, rozumiałe jest, że do poradni leczenia bólu kierowani są tzw. „pacjenci oporni na leczenie opiodami”.

Przyczyną tego zjawiska jest w znacznej mierze komponent neuropatyczny bólu niewrażliwego na leki trzeciego stopnia drabiny analgetycznej, wymagający zaś leczenia innymi metodami (leki przeciwdepresyjne, przeciwpadaczkowe, blokady nerwów obwodowych). W badanym materiale stwierdzono 58,85% chorych z mieszanym bólem receptorowo-niereceptorowym, co z jednej strony potwierdza słuszność decyzji o skierowaniu do specjalisty, z drugiej zaś daje powód do zastanowienia, czy wiedza na temat zasad leczenia bólu jest rzeczywiście wystarczająca wśród lekarzy, gdyż tylko jeden pacjent wymagał leczenia inwazyjnego, zaś we wszystkich pozostałych przypadkach wystarczyła korekta farmakoterapii.

WNIOSKI

1. Mieszkańcy miast znacznie częściej kierowani byli do poradni leczenia bólu niż ludność wiejska, a wśród pacjentów przeważały kobiety.
2. Ponad połowa pacjentów leczona była z powodu bólów w przebiegu chorób kręgosłupa.
3. Najwyższy odsetek pacjentów z komponentem neuropatycznym stwierdzono w grupie chorób nowotworowych.

K. Brzeziński, L. Panasiuk, M. Nowinska, A. Stanisławek

ANALYSIS OF DEMOGRAPHIC AND SOCIAL DATA CONCERNING PATIENTS OF THE OUTPATIENT DEPARTMENT FOR CHRONIC PAIN TREATMENT

Summary

The prevalence of chronic pain syndromes is a social problem which is difficult to assess. The objective of the study was analysis of the cause pain, presence of neuropathic component, gender, age and place of residence of patients reporting to the Outpatient Department for Chronic Pain

Treatment at the Institute of Agricultural Medicine in Lublin.

The study covered the records concerning 213 patients, who were divided into 13 groups according to pain syndromes. As many as 169 patients from four most numerous groups: spine diseases, headache, cancer pain and zoster neuralgia were subjected to a detailed analysis.

The results of the study indicated the following:

- * Urban inhabitants were considerably more often referred to the Outpatient Department for Chronic Pain treatment, compared to the rural population, the majority of them were females;
- * More than a half of the patients were treated due to pain in the course of spine diseases;
- * The highest percentage of patients with neuropathic component were observed in the group of cancerous diseases.

K. Бжежиньски, Л. Панасюк, М. Новинска, А. Станиславек

ОБЩЕСТВЕННО - ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДАННЫХ ПАЦИЕНТОВ КОНСУЛЬТАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛИ

Аннотация

Частота проявлений синдрома хронической боли является общественной проблемой, которую тяжело оценить.

Целью данной работы был анализ причин боли, присутствия невропатического компонента, пола, возраста и места проживания пациентов консультации лечения боли института медицины села в Люблине.

Исследовано документацию 213 пациентов, которые были разделены на 13 болевых групп. Подробному анализу поддано 169 больных из четырех самых больших групп включающих: болезни позвоночника, боли головы, „онкологическая” боль и невралгическая боль.

Результаты исследований показали, что:

- Жители городов значительно чаще, по сравнению с сельскими жителями, получали направление в консультацию лечения боли, большинство больных - это женщины;
- Больше половины пациентов лечилось по причине болезней позвоночника;
- Самый высокий процент пациентов с невропатическим компонентом зафиксирован в группе онкологических болезней.

K. Бжежиньські, Л. Панасюк, М. Новінска, А. Станіславек

СУСПІЛЬНО - ДЕМОГРАФІЧНИЙ АНАЛІЗ ДАНИХ ПАЦІЄНТІВ КОНСУЛЬТАЦІЇ ЛІКУВАННЯ БОЛЮ

Анотація

Частота проявів синдрому хронічного болю є суспільною проблемою, яку важко оцінити.

Метою даної роботи був аналіз причин болю, присутності невропатичного компонента, статі, віку і місця проживання пацієнтів консультації лікування болю в інституті медицини села в Любліні.

Простежено документацію 213 пацієнтів, які були розділені на 13 болевих груп. Детальному аналізу піддано 169 хворих з чотирьох найбільших груп тих, що включають: хвороби хребта, болі голови, „онкологічний ” біль і невралгічний біль.

Результати досліджень показали, що:

- Жителі міст значно частіше, в порівнянні з сільськими жителями, отримували скерування до консультації лікування болю, більшість хворих - це жінки;
- Більше половини пацієнтів лікувалася унаслідок хвороб хребта;
- Найвищий відсоток пацієнтів з невропатичним компонентом зафіксований в групі онкологічних хвороб.

PIŚMIENICTWO

1. Erikson J., Jenusen MK., Sjogren P., Ekholm O., Rasmussen NK.: Epidemiology of chronic non-malignant pain in Denmark. *Pain* 2003, 3, 221-228.
2. Kocot-Kępska M., Dobrogowski J.: Ocena badań epidemiologicznych dotyczących bólu przewlekłego nienowotworowego prowadzonych w Europie w 2002 roku przez Mundipharma. *Ból* 2004, 5, 18-24.
3. Stępień a., Prusiński A., Suwała A.: Wybrane dane epidemiologiczne występowania migreny w Polsce. *Ból*. 2003, 3, 9-12.
4. Liddle SD, Baxter GD, Gracey JH.: Exercise and chronic low back pain: what works? *Pain*. 2004, 109 (1-2), 200-201.
5. Unutzer J, Ferrell B, Lin EH, Marmon T.: Pharmacotherapy of pain in depressed older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2004, 52 (11), 1916-1922.
6. Bernard AM, Wright SW.: Chronic pain in the ED. *Am J Emerg Med*. 2004, 22 (6), 444 - 447.
7. Becker N., Sjogren P., Bech P., Olsen A.K., Erikson J.: Treatment outcome of chronic non-malignant pain patients managed in a Danish multidisciplinary pain center compared to general practice – a randomised controlled trial. *Pain* 2000, 84 (2-3), 203-211.
8. Simmonds MK, Rashiq S, Klemka P, Clanachan AS.: Do patients with chronic noncancer pain accept treatment of questionable benefit more readily than those who are pain free? *Pain Res Manag*. 2004, 9 (2), 81-85.
9. Koster A, Bosma H, Kempen GI, van Lenthe FJ, van Eijk JT, Mackenbach JP.: Socioeconomic inequalities in mobility decline in chronic disease groups (asthma/COPD, heart disease, diabetes mellitus, low back pain): only a minor role for disease severity and comorbidity. *J Epidemiol Community Health*. 2004, 58 (10), 862-869.
10. Rustoen T, Wahl AK, Hanestad BR, Lerdal A, Paul S, Miaskowski C.: Gender differences in chronic pain--findings from a population-based study of Norwegian adults. *Pain Manag. Nurs*. 2004, 5 (3), 105-117.
11. Schuler M, Njoo N, Hestermann M, Oster P, Hauer K.: Acute and chronic pain in geriatrics: clinical characteristics of pain and the influence of cognition. *Pain Med*. 2004, 5 (3), 253-262.
12. Portenoy RK, Ugarte C, Fuller I, Haas G.: Population-based survey of pain in the United States: differences among white, African American, and Hispanic subjects. *J Pain*. 2004, 5 (6), 317-328.
13. Latza U, Kohlmann T, Deck R, Raspe H.: Can health care utilization explain the association between socioeconomic status and back pain? *Spine*. 2004, 15, 29 (14), 1561-1566.
14. IJzelenberg W, Burdorf A.: Patterns of care for low back pain in a working population. *Spine*. 2004, 15, 29 (12), 1289.
15. Walker BF, Muller R, Grant WD.: Low back pain in Australian adults: prevalence and associated disability. *J Manipulative Physiol Ther*. 2004, 27 (4), 238-244.
16. Zimmermann M.: Chronic pain. Epidemiology and management in Germany. *Orthopade*. 2004, 33 (5), 508-514.
17. Brzeziński K., Sodołski W., Horoch A.: Zastosowanie gabapentyny i tramadolu w leczeniu neuralgii popółpaścowej. *Doniesienie wstępne. Polska Medycyna Paliatywna* 2004, 3, 1, 21-25.
18. Kost R.G., Straus S.E.: Postherpetic neuralgia – pathogenesis, treatment and prevention. *N. Eng. J. Med*. 1996, 3, 35, 32-42.
19. Blyth FM, March LM, Brnabic AJ, Cousins MJ.: Chronic pain and frequent use of health care. *Pain*. 2004, 111 (1-2), 51-58.
20. Kirkhorn S, Greenlee RT, Reeser JC.: The epidemiology of agriculture-related osteoarthritis and its impact on occupational disability. *WMJ*. 2003, 102 (7), 38-44.
21. Fishbain DA, Cutler RB, Cole B, Lewis J, Smets E,

Rosomoff HL, Rosomoff RS.: Are patients with chronic low back pain or chronic neck pain fatigued? *Pain Med.* 2004, 5 (2), 187-195.

22. Moulin DE, Clark AJ, Speechley M, Morley-Forster PK.: Chronic pain in Canada-prevalence, treatment, impact and the role of opioid analgesia. *Pain Res Manag.* 2002, 7 (4), 179-184.

23. Reid MC, Engles-Horton LL, Weber MB, Kerns RD, Rogers EL, O'Connor PG.: Use of opioid medications for chronic noncancer pain syndromes in primary care. *J Gen Intern Med.* 2002, 17 (3), 173-179.

24. Zwart JA, Dyb G, Hagen K, Svebak S, Stovner LJ, Holmen J.: Analgesic overuse among subjects with headache, neck, and low-back pain. *Neurology.* 2004, 11, 62 (9), 1540-1544.

25. Unutzer J, Ferrell B, Lin EH, Marmon T.: Pharmacotherapy of pain in depressed older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2004, 52 (11), 1916-1922.

26. Lepine JP, Briley M.: The epidemiology of pain in depression. *Hum Psychopharmacol.* 2004, 19 Suppl 1, 3-7.

27. Allcock N., McGarry J., Elkan R.: management of pain in older people within the nursing home: a preliminary study. *Health and Social Care in the Community* 2002, 10 (6), 464-471.

28. Hilgier M.: Leczenie bólu w chorobie nowotworowej. W Dobrogowski J., Wordliczek J.: *Medycyna bólu.* Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2004.

29. Buczkowski K, Krajnik M, Budzyński J, Chlabicz S.: Znajomość zasad leczenia opioidami bólu nowotworowego wśród lekarzy rodzinnych województwa kujawsko-pomorskiego i podlaskiego. *Polska Medycyna Paliatywna* 2004, 3, 4, 335-342.

Data otrzymania: 05.02.2009.

Adres autora: 20-627 Lublin, ul. Pana Wołodyjowskiego 3/68.